

治疗青春期功能失调性子宫出血症

江西省妇女保健院 黄 冈 闵玉梅

指导: 符式珪

功能失调性子宫出血(简称功血)是由于卵巢功能失调引起的,一般无生殖器官及全身的器质性病变。功血中又以青春期功血较为常见。据我院最近三年内内分泌病案室统计,青春期功血占各期功血的53.3%,占有月经失调的32.6%,占有妇科内分泌失调的12%。青春期功血,或者起势凶猛,引起急性失血性休克;或者长期淋漓不尽,引起慢性贫血,严重影响女青年的健康,必须引起妇产科医生的高度重视。

我院内分泌科从1980年1月~1983年2月采用中西医结合治疗青春期功血共42例,取得较好的疗效,兹报道如下:

临 床 资 料

一、一般资料

42例青春期功血患者(年龄12~18岁)均为未婚,其中工人5例,农民4例,营业员2例,学生28例,待业青年3例。

二、临床症状特征和发病因素

42例中,月经提前、经量多14例;月经推后、经量多12例;淋漓不净、经量多8例;周期不正常、经量多8例。42例中,7例大出血引起休克,需急诊入院抢救;15例因长期月经量过多造成严重贫血,血红蛋白最低3克%;其余20例为连续2~3个月经周期,每次出血超过10天,出血量超过200毫升,如不经治疗,阴道流血不止者。

发病因素为子宫发育不全(肛诊时,12~16岁子宫小于鸽蛋大,17~18岁子宫小于鸡蛋大),初潮时就月经失调者33例;经期下水,剧烈活动,饮冷者6例;无明显诱因者3

例。

三、实验室检查及活检

42例中,25例基础体温测定为单相型,阴道脱落细胞雌激素水平波动于轻度的影响到中度影响之间,未见典型的周期消长波动;17例作黄体期尿孕二醇检测,含量范围为0.34~1.5毫克/24小时尿,月经中期检测尿雌三醇,含量范围为5.2~15毫克/24小时尿。2例作子宫内膜活检(1例为诊刮,1例为脱落的子宫内膜)为增生期,子宫内膜呈增殖现象。42例患者均诊断为无排卵型功血。

治 疗 方 法

本病治疗分止血、调经、促排卵三个阶段。

一、止血阶段

1. 除急性失血休克患者外,余均根据辨证,分型施治。

(1) 阴虚血热型:症见面红,口干,心烦胸闷,出血淋漓不净,量多,色鲜红或暗红,质稠。舌红苔薄黄,脉细数。治以清热凉血止血,方用两地汤加味:生地12克,地骨皮12克,丹皮10克,玄参10克,麦冬12克,女贞子12克,旱莲草12克,仙鹤草12克,益母草12克。

(2) 气虚两虚型:症见面色萎黄,头晕,神萎,出血时间长,血量多,色淡红。舌淡苔薄白,脉细弱。治以健脾补气摄血,方用胶艾汤加味:党参15克,黄芪15克,阿胶10克,艾叶6克,川断12克,侧柏叶9克,红孩儿10克。

(3) 气滞血瘀型:症见出血量多,淋漓

不净,血色暗红,有血块,小腹痛,腰痛。舌质紫暗,脉沉弦。治以化瘀理气止血,方用“逐瘀止血汤”加味:生地12克,当归10克,赤芍10克,丹皮10克,枳壳10克,炒蒲黄10克。

血止后改服中药补肾汤:黄芪15克,党参15克,续断15克,当归10克,熟地10克,枸杞12克。如肾阳不足者加仙灵脾6克,补骨脂9克;肾阴不足者加女贞子12克,旱莲草12克。服10~15剂。

2. 大出血者,在服中药同时,肌肉注射苯甲酸雌二醇1毫克,每日3~4次。因各人内源性雌激素量不同,剂量也应随止血效果而增减。血止后逐步减量至0.5毫克,维持20天,最后5天加黄体酮10毫克/日,肌肉注射。

3. 病势严重者予以输血,并辅以一般止血剂,如6-氨基己酸、止血敏、维生素K等,及针刺断红穴(第二、三掌骨背侧远端下1寸),温针。

二、止血后调经阶段

于撤退性出血的第5天起,用中药人工周期疗法调整月经周期3个月。中药人工周期是根据中医“生殖”有赖于“肾—天癸—冲任—胞宫之间机转平衡的理论”,以补肾为法则,针对月经周期中不同阶段采用周期性给药。根据有关文献报道,仿卵巢周期性变化,在卵泡期采用补肾阴壮肾阳,排卵期采用补肾加活血化瘀,黄体期采用补肝肾固冲任,经前期用活血化瘀。

三、在调整月经周期基础上促进排卵阶段

用中药人工周期3个月尚未排卵者12例,改用克罗米芬加绒毛膜促性腺激素(HCG)诱发排卵。于月经第5天开始,每天口服克罗米芬50毫克,共5天。月经第10天起,HCG 500国际单位肌肉注射,每天1次,共5天。

治疗结果

一、疗效标准

1. 近期止血标准:治疗7天内止血为显

效;治疗7~10天止血为有效;治疗10天以上仍未止血为无效。

2. 远期疗效标准:停药后月经周期规律,3个月中出现1次以上的双相体温者为显效;月经基本按时来潮且出血量减少,经期缩短,但仍要7~10天干净,能自止,或仅需一般止血药者为有效;停药后仍然月经量多,持续时间10天以上者为无效。

二、近期止血效果

单纯中药止血28例,显效者19例(67.9%),有效者9例(32.1%)。雌激素加中药止血14例,显效者10例(71.5%),有效者3例(21.4%),无效者1例(7.1%)。1例无效者为出血量多,休克2次,经中西医结合治疗无效,为抢救生命,作了诊断性刮宫后血止。

三、远期疗效

42例经过半年~2年以上的随访,结果用中药人工周期者30例,其中显效16例(53.3%),有效13例(43.3%),无效1例(3.3%)。

用克罗米芬加HCG治疗12例,其中显效6例(50%),有效5例(41.7%),无效1例(8.3%)。

四、典型病例

张××,14岁,学生,1982年5月27日入院,住院号4146。

患者于1982年5月2日初潮,月经持续16天不净,量多伴血块,曾晕厥1次,在当地医院用雌激素治疗无效,转入我院。症见贫血外貌,精神极差,舌淡苔薄白,脉细弱。肛诊:子宫正常大小,质中等,活动好,附件无异常。血常规检查:红细胞180万/立方毫米,白细胞7700/立方毫米,血红蛋白35%,血小板14万/立方毫米,出血时间2分钟,凝血时间2分钟。阴道排出的内膜送检,示为“增生期子宫内膜”。诊断为无排卵型功血;证属气血两虚型。

立即输血400毫升。予胶艾四物汤加味,每日1剂。同时加用苯甲酸雌二醇2毫克,肌肉注射,每日2次。第4天血止。雌二醇每3

天减 1/3 量, 减至每日 0.5 毫克, 中药改服补肾汤, 共维持至 20 天。停药后有撤退性出血, 9 天止, 量大大减少。出院后继以中药人工周期治疗 3 个月。从第 2 个月起基础体温呈双相型, 30 天行经一次, 7 天干净, 量中等。停药后随访 1 年, 月经正常。

讨 论

一、西医认为, 任何因素阻碍下丘脑“周期中枢”对垂体促性腺激素的控制, 使月经中期不能形成 LH 峰, 卵巢不能排卵而致月经紊乱都会产生无排卵型功血。中医认为, 女子的正常月经与“肾”密切相关, 《素问·上古天真论》曰: “女子七岁, 肾气盛……, 二七而天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下, 故有子”。肾阳不足可引起气化失常, 上不能温煦脾阳, 下不能温养胞脉; 或肾阴亏损, 阴虚内热, 热伏冲任, 迫血妄行, 导致月经过多。女子在青春前期及青春期中, 肾气初盛, 机体尚未完全成熟, 此时月经异常, 当责之于肾。42 例中生殖机能未完全成熟者有 33 例, 初潮时就月经异常。

本文 42 例功血患者经阴道涂片、基础体温、激素测定均为无排卵型, 且多数有下丘脑“周期中枢”尚未完善, 不能促使垂体形成月经中期 LH 高峰所致。根据中医辨证都有不同程度的肾阴阳失调。

二、治疗青春期功血首先要止血, 本文除 14 例大出血患者加用雌激素止血外, 其余均辨证论治, 用中药止血, 一般在 7 天内止血, 效果良好。14 例大出血患者 (7 例因休克行抢救), 在用激素同时, 我们也联合加用了中药止血方剂。雌激素最大用量在 2~6 毫克, 比我院以前需用 6~8 毫克有所下降, 提示加用中药可提高止血效果。

三、青春期功血治疗的关键是诱发排卵, 以巩固疗效。常规西医治疗, 一般在调整周期 3~6 个月后进行, 疗程较长, 且目前最有效的诱发排卵剂克罗米芬在停药后, 功血往往复发。本文 42 例, 从止血时起就开始用中药补肾治本, 往往在周期规律的同时诱发排卵成功, 平均疗程 2~3 个月, 比单纯西药疗程大大缩短, 随访半年~2 年无复发, 这可能与用中药补肾治本密切相关。

附子理中汤治愈肌衄 1 例

李 继 明

张××, 男, 19 岁, 工人。患者于 1981 年 10 月 4 日以全腹持续痛伴恶心呕吐, 起病 1~2 日内小腿上有小出血点, 乃住院治疗。小腿及上肢散在粟粒大至黄豆粒大出血点, 略高出皮肤, 无瘙痒、压痛。全腹压痛, 无反跳痛, 出血时间 0.5 分钟, 凝血时间 1 分钟, 血小板 10 万/立方毫米。拟诊为过敏性紫癜 (腹型)。中医诊为肌衄。曾予疏风清热、凉血解毒及疏肝理脾、行瘀止痛等法和西药治疗无明显效果。

1982 年 4 月 2 日, 延笔者治疗。症见面色萎黄, 神疲, 语声低弱, 腹痛, 四肢散见紫黯色出血点, 以下肢及臀部为多。纳呆、腹痛, 喜热恶冷, 按之痛缓, 每于饥饿或劳累时加重。舌体胖、苔白, 脉沉细。证属久病屡用寒凉之品, 损伤脾肾, 脾统摄失职, 则血溢于肌肤, 发为肌衄。拟以温肾健脾, 统血归经法试

治, 予附子理中汤。处方: 炮姜 5 克, 炙甘草 10 克, 党参 15 克, 焦白术 30 克, 附子 5 克。水煎, 每日 1 剂。

4 月 5 日二诊: 服上方 2 剂, 病情稳定, 腹痛消失, 四肢未再出现新出血点, 精神渐佳。效不更方, 予前方加三七粉 4 克, 分二次冲服。

4 月 12 日三诊: 前方已服 6 剂, 诸恙悉平, 已停药上班工作。于 1983 年 4 月 25 日随访, 病未再复发。

肌衄, 一般临床辨证常以虚热型、实热型分之, 多宗养阴清热法、凉血解毒法治疗, 热证消除后多用归脾汤加减。本例肌衄患者, 前医曾以疏风清热、凉血解毒及疏肝理脾、行瘀止痛法治疗罔效。笔者辨证求因, 审因施治, 以回阳健脾、统血归经法, 方选附子理中汤而获全功。